



UNIVERSIDAD DE UÁNUCO

Escuela de Post Grado

MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

TESIS

**“FACTORES QUE DETERMINAN LA INCIDENCIA DE
CESÁREAS EN EL HOSPITAL TINGO MARÍA - HUÁNUCO,
ENERO - DICIEMBRE DEL 2014”**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
MAESTRA EN CIENCIAS DE LA SALUD
Mención Salud Pública y Docencia Universitaria**

AUTORA

Merlyn, FLORES SHUPINGAHUA

ASESORA

Dra. Julia, PALACIOS ZEVALLOS

HUÁNUCO – PERÚ

2019



ACTA DE SUSTENTACIÓN DEL GRADO DE MAESTRA EN CIENCIAS DE LA SALUD

En la ciudad Universitaria la Esperanza, en el auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Huánuco, a los veintitrés días del mes de octubre del año dos mil diecinueve, siendo las 4.20 horas, los Jurados, docentes en la Universidad de Huánuco, Dra. Gladys Liliana Rodríguez de Lombardi, **Presidenta**, Mg. Luz Idalia Angulo Quispe, **Secretaria**, y Mg. Marisol Sinche Alejandro, **Vocal** respectivamente; nombrados mediante Resolución N° 611-2019-D-EPG-UDH, de fecha 21 de octubre del año dos mil diecinueve y la aspirante al Grado Académico de Maestra, **Merlyn FLORES SHUPINGAHUA**.

Luego de la instalación y verificación de los documentos correspondientes, la Presidenta del jurado invitó a la graduando a proceder a la exposición y defensa de su tesis intitulada: **"FACTORES QUE DETERMINAN LA INCIDENCIAS DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL TINGO MARÍA - HUÁNUCO, ENERO - DICIEMBRE DEL 2014"**, para optar el Grado Académico de Maestra en Ciencias de la Salud, mención: Salud Publica y Docencia Universitaria.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del Jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a) Apto Por Unanimidad con el calificativo cuantitativo de 17 y cualitativo de muy buena (Art. 54).

Siendo las 5.40 horas del día 23 del mes de octubre del año 2019, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

PRESIDENTA

Dra. Gladys Liliana Rodríguez de Lombardi

SECRETARIA

Mg. Luz Idalia Angulo Quispe

VOCAL

Mg. Marisol Sinche Alejandro

DEDICATORIA

A mis queridos padres y hermanos, quienes supieron guiar mis pasos. A Samuel por su comprensión, amor, cariño y por ser un gran ejemplo y apoyo. A mi hija Sandra Gabriela, por ser mi fuente de motivación e inspiración, para mi superación.

AGRADECIMIENTO

Agradecimiento infinito a quienes contribuyeron en este proceso:

- A Dios por darme la infinita gracia de la vida y las bendiciones diarias.
- A la Universidad de Huánuco, alma mater de mi continua superación.
- A la Dra. Julia Marina Palacios Zevallos, por el importante y desinteresado apoyo brindado para la ejecución del presente trabajo de investigación.
- A los docentes de la Maestría en Ciencias de la Salud, por sus **preciadas** enseñanzas y transmisión de sus experiencias.
- A mis compañeros de estudios, con quienes compartí experiencias inolvidables.

INDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
INDICE.....	iv
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT.....	ix
INTRODUCCIÓN.....	x

CAPITULO I

1 PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	12
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.	15
1.2.1 Problema general.	15
1.2.2 Problemas específicos	15
1.3 OBJETIVO GENERAL.....	15
1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
1.5 TRASCENDENCIA DE LA INVESTIGACIÓN.....	16
1.6 FACTIBILIDAD	17

CAPITULO II

2 MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	18
2.1.1 Antecedentes internacionales	18
2.1.2 Antecedentes nacionales	22
2.1.3 Antecedentes Regionales	24
2.2 BASE TEORICA	
2.2.1 Breve referencia histórica evolutiva y el estado actual del problema	26
2.3 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS BÁSICOS.....	40
2.4 SISTEMA DE HIPÓTESIS	40
2.5 SISTEMA DE VARIABLES	41
2.5.1 Variable Dependiente.....	41
2.5.2 Variable independiente.....	41
2.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	41

CAPITULO III

3 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1	TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	42
3.1.1	Enfoque.....	42
3.1.2	Nivel	42
3.1.3	Diseño	42
3.2	POBLACIÓN Y MUESTRA	43
3.2.1	Población	43
3.2.2	Muestra	43
3.3	TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	44
3.3.1	Para recoger la información	44
3.3.2	Para la presentación de datos.....	44
3.3.3	Para la evaluación y explicación de datos.....	45

CAPITULO IV

4 RESULTADOS

4.1	PROCESAMIENTO DE DATOS	46
4.1.1	Análisis descriptivo.....	46
4.2	CONTRASTACIÓN Y PRUEBA DE HIPÓTESIS:.....	56

CAPITULO V

5 DISCUSION DE RESULTADOS

5.1	DISCUSIÓN:.....	59
	CONCLUSIONES	63
	RECOMENDACIONES.....	64
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	65
	ANEXOS	68

INDICE DE TABLA

Tabla 01	: Características generales de las gestantes en estudio Hospital Tingo María, 2014	46
Tabla 02	Distribución según factores maternos de las gestantes Hospital Tingo María, 2014	53
Tabla 03	Distribución según factores fetales en las gestantes Hospital Tingo María, 2014	54
Tabla 04	Distribución según factores útero placentarios Hospital Tingo María, 2014	55
Tabla 05	Factores maternos determinantes a la incidencia de cesáreas Hospital Tingo María, 2014	56
Tabla 06	Factores fetales determinantes a la incidencia de cesáreas Hospital Tingo María, 2014	57
Tabla 07	Factores útero placentario determinantes a la incidencia de cesáreas - Hospital Tingo María, 2014	58

INDICE DE FIGURAS

Figura 01.	Edad agrupada de las gestantes en estudio Hospital Tingo María, 2014	47
Figura 02.	Estado civil de las gestantes en estudio Hospital Tingo María, 2014	48
Figura 03.	Nivel educativo de las gestantes en estudio Hospital Tingo María, 2014	49
Figura 04.	Procedencia de las gestantes en estudio Hospital Tingo María, 2014	50
Figura 05	Paridad de las gestantes en estudio Hospital Tingo María, 2014	51
Figura 06	Control pre natal de las gestantes en estudio Hospital Tingo María, 2014	52

RESUMEN

OBJETIVO: Establecer los factores que determinan la incidencia de cesárea en el Hospital Tingo María – Huánuco, 2014. **MATERIALES Y MÉTODOS:**

Investigación con enfoque cuantitativo, observacional de corte transversal de diseño casos y controles. Se elaboró una ficha de recojo de información para obtener datos generales y los factores que determinan la cesárea. La muestra se determinó por 70 gestantes cesareadas (casos) y 70 gestantes parto normal (controles). **RESULTADOS:** La edad promedio de las gestantes fue

26 años para los casos y 25 años para los controles, con predominio del nivel secundario en ambos grupos. Según paridad, las multíparas sobresalen. Según factores maternos los casos el 24,3% ha tenido desproporción céfalo pélvica. El 14,3% presento preclamsia y el 64,3% presentó patologías asociadas. Según factores fetales relacionados a los casos el 12,9% tuvo presentación podálica el 17,1% macrosomia feta y el 12,9% sufrimiento fetal. Para los factores útero placentarios el 1.4% presentó placenta previa.

CONCLUSIONES: Los factores maternos que determinan la incidencia a cesárea son desproporción céfalo pélvica [OR=2,3; p=0,000]; pre eclampsia [OR=2,1; p=0,000]; patologías asociadas [OR=2,5; P=0,007]. Para los factores fetales sobresale presentación podálica [OR=2,1; p=0,006]; Macrosomía fetal [OR=2,3; p=0,000] y sufrimiento fetal [OR=2,1; p=0,006]. Para los factores útero placentario sobresale la placenta previa pero no es significativo [OR=2,0]

PALABRAS CLAVES: Factores determinantes, incidencia, cesárea.

ABSTRACT

OBJECTIVE: The factors that determine the Caesarean operation incidence in the Hospital Tingo María to settle down - Huánuco, 2014. **MATERIALS AND**

METHODS: I study with quantitative focus, observational of traverse court of design cases and controls. A record of gathering of data was elaborated to pick up general information and the factors that determine the Caesarean operation. The sample was conformed by 70 gestantes cesareadas (cases) and 70 gestantes normal childbirth (you control). **RESULTS:** The age average

of the gestantes was 26 years for the cases and 25 years for the controls, with prevalence of the secondary level in both groups. According to parity, the multíparas stands out. According to maternal factors the cases 24,3% has had disproportion pelvic céfalo. 14,3% presents preclamsia and 64,3% it presented associated pathology. According to fetal factors in relation to the cases 12,9% had presentation podálica 17,1% macrosomia feta and 12,9% fetal suffering. For the factors uterus placentarios 1.4% presented previous placenta.

CONCLUSIONS: The maternal factors that determine the incidence to Caesarean operation are disproportion pelvic céfalo [OR=2,3; p=0,000]; preeclampsia [OR=2,1; p=0,000]; associate pathologies [OR=2,5; P=0,007]. For the fetal factors presentation podálica stands out [OR=2,1; p=0,006]; fetal Macrosomía [OR=2,3; p=0,000] and fetal suffering [OR=2,1; p=0,006]. For the factors uterus placentario the previous placenta stands out but it is not significant [OR=2,0]

KEY WORDS: Decisive factors, incidence, Caesarean operation.

INTRODUCCIÓN

La Cesárea es la operación que tiene como finalidad extraer el producto concebido y sus anexos por medio del modo abdominal incidiendo en el útero. Generalmente los nacimientos por cesárea están relacionados con un acrecentamiento de la morbilidad materno y fetal, es útil en casos de emergencia, pero puede resultar perjudicial cuando se utiliza en mujeres sanas¹

Según la Organización Mundial de la Salud refiere que no hay justificación para que las tasas de cesáreas fueran mayores de 10% a 15%, independientemente de la región, sin embargo, en diversos países y lugares sobrepasa estas tasas, señala así mismo que no existen beneficios adicionales para la salud por encima de estos porcentajes²

Para las indicaciones de los partos por cesáreas se debe tener en cuenta las circunstancias clínicas en las cuales el pronóstico materno-fetal se optimiza utilizando este procedimiento quirúrgico, caso contrario se debe optar por el parto vaginal³

Hoy en día, las cesáreas por lo general son procedimientos con un gran grado de seguridad; sin embargo, cualquier tipo de cirugía conlleva a riesgos como: aumento del sangrado, infecciones de herida operatoria, muerte materno-fetal y posibles daños al neonato, lo que obligan a justificar plenamente los riesgos de la ejecución de este procedimiento⁴

En los últimos años se ve un incremento en la tasa de parto por cesáreas en el hospital de Tingo María, tal es así que sobrepasa lo recomendado por la OMS. Para el año 2014 según el boletín epidemiológico del Hospital se ha

tenido una tasa de cesárea del 23% del total de partos, lo cual sugiere que este porcentaje irá incrementándose conforme pasen los años.

En relación a ello es que se ha visto necesario realizar el presente estudio de investigación con la intención de establecer que factores están favoreciendo para el incremento de los partos por vía abdominal en el nosocomio de Tingo María

Con el propósito de hacerlo didáctico el presente estudio consta de 3 capítulos:

Capítulo I: Problema de investigación, que incluye descripción del problema, formulación del problema, objetivos.

Capítulo II: Marco teórico lo que comprende antecedentes de la investigación, bases teóricas, hipótesis, variables, operacionalización de variables.

Capítulo III: Metodología de la investigación, lo que incluye tipo, enfoque, nivel, diseño, población y muestra, entre otros

Capítulo IV: Resultados, en la que se presenta los hallazgos a través de cuadros estadísticos con análisis interpretación porcentual, análisis inferencial de pruebas paramétricas que prueban las hipótesis y el

Capítulo V: Discusión, establece: comprobación de las teorías con la labor de campo, con la hipótesis y contribución teórica de la investigación.

Finalmente, las conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos como evidencias del trabajo de investigación.

CAPITULO I

1 PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En el Perú, como en otros países tercermundistas, la valoración nacional de cesáreas encubre cuestiones extremas. En la actualidad, de acuerdo con la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2010, el porcentaje de nacidos por histerotomía es de un 20,4% en toda la nación, sin embargo en la ENDES 2000 era sólo un 12,7% basándose en que la atención del parto en instalaciones de salud ha aumentado de un 57,9% en el año 2000 a un 84,4% en el 2010⁵. El número de cesáreas se realiza, tanto en el sector comunitario como en la atención privada, siendo más exagerado en estos últimos. Sardiñas dice que es la era de la moda de la cesárea⁶. La Organización Mundial de la Salud establece que en una entidad, la proporción de nacimientos por histerotomía debe ser de un 15%, mientras que el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) lo fija en 15,5 %⁷. El Perú supera el 20 %, ubicándose sobre España y a la par de países industrializados. Esta misma situación la viven países como Alemania, Francia y Hungría. En Latinoamérica, también hay naciones que superan la tasa sugerida; incluso, Brasil cuenta con el mayor porcentaje a nivel mundial⁸

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en los postreros seis años, la tasa se ha acrecentado casi 10% a nivel nacional. La estadística del 2013 muestra que, en término medio, el 26.5% de los partos que se

realizan en establecimientos de salud han sido cesáreas. Esta cifra agrupa las intervenciones del Ministerio de Salud, Essalud, Fuerzas Armadas y del sector privado⁸.

En nuestro nosocomio local se observa una cobertura de 92% en la atención del Parto complicado quirúrgico por medio de la cesárea para el año 2012 y para el año 2013 se alcanzó un 98.3% de cobertura de la meta trazada, observándose una diferencia de 6.3% más en comparación al año anterior⁹

Las causas de cesárea son de orden multifactorial. Entre las principales condiciones que han determinado el incremento de las cesáreas en todo el mundo tenemos: la mejora de las técnicas quirúrgicas y anestésicas¹⁰, los cambios demográficos¹¹ y socioculturales, una mejor percepción de seguridad de este procedimiento, el incremento de las “prácticas defensivas” por parte de los médicos gineco-obstetras, la relativa mejora de los sistemas de salud, y el aumento de la solicitud directa de las pacientes¹²

La cesárea incrementa también la posibilidad de mortinatos y lo vuelve vulnerable a ciertas patologías. Mac Dorman et al. estiman, que los riesgos de muerte del recién nacido es 2,9 veces aumentado en el caso de parto por operación con respecto al vaginal. Un efecto semejante es hallado por Villar et al., quienes además muestran el riesgo que las cesáreas incrementan la probabilidad de que un neonato acceda a cuidados intensivos. En los partos por histerotomía también hay un riesgo aumentado de morbilidad respiratoria neonatal y prematuridad¹³

Llama la atención la escasa investigación sobre el caso de operaciones producidas por el galeno sin argumentos clínicos probatorios. Cuando el galeno inclina las preferencias de la gestante al exagerar las amenazas del parto natural y al prescindir los riesgos y futuras consecuencias de la cesárea para ella y el recién nacido, entonces se viola el derecho al consentimiento informado y, con ello, los derechos reproductivos de la mujer¹⁴

En relación a las referencias por operación, su clasificación se da en: absolutas y relativas. Están considerados como prescripciones absolutas: En caso de Situación transversa (ST), Sufrimiento fetal agudo (SFA), Desproporción fetopélvica (DFP), Desprendimiento prematuro de placenta severo (DPP), Placenta previa sangrando (PPS), prolapso del cordón (PC). Dentro de las relativas: Trastornos hipertensivos del embarazo (THE), Distocias de rotación (DR), Detención de la dilatación y del descenso de la cabeza, Fracaso de inducción, Cesárea previa y Presentación podálica¹⁵

Cuando la indicación es absoluta y los beneficios son incuestionables para la madre y/o el feto, no hay duda alguna de que se actúe de acuerdo con los parámetros éticos. En caso de las indicaciones relativas, puede existir polémica desde el aspecto ético, pues muchos de estos casos, la culminación de la gestación sería por vía vaginal. Consideramos, que, en situaciones de indicación opcional, absolutamente la conducta no es ética y es en este aspecto en la que pudiéramos disminuir las cifras¹⁶

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

1.2.1 Problema general.

¿Cuáles son los factores que determinan la incidencia de cesáreas en el Hospital Tingo María - Huánuco, en el periodo enero – diciembre, 2014?

1.2.2 Problemas específicos

- ✓ ¿Cuáles son los factores maternos de riesgo que determinan la ocurrencia del parto por cesáreas en el Hospital Tingo María?
- ✓ ¿Cuáles son los factores fetales de riesgo que determinan la ocurrencia del parto por cesáreas en el Hospital Tingo María?
- ✓ ¿Cuáles son los factores uterinos placentarios de riesgo que determinan la ocurrencia del parto por cesáreas en el Hospital Tingo María?

1.3 OBJETIVO GENERAL.

Identificar los factores que determinan la incidencia de cesáreas en el Hospital Tingo María - Huánuco, en el periodo enero - diciembre del 2014.

1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- ✓ Identificar los factores maternos de riesgo que determinan la ocurrencia del parto por cesáreas en el Hospital Tingo María
- ✓ Identificar los factores fetales de riesgo que determinan la ocurrencia del parto por cesáreas en el Hospital Tingo María.

- ✓ Identificar los factores uterinos placentarios de riesgo que determinan la ocurrencia del parto por cesáreas en el Hospital Tingo María

1.5 TRASCENDENCIA DE LA INVESTIGACIÓN

A partir de la relevancia teórica, la presente investigación es trascendente porque en base a ella se resaltarán la importancia que tiene profundizar en la evaluación de la incidencia y factores causantes del parto por operación en el Hospital Tingo María, del periodo de enero a diciembre del 2014, en tanto ello permite una sobresaliente percepción de la problemática.

Así mismo, pretende promover y acrecentar el nivel de información y conocimiento que tienen los profesionales de salud de hoy, acerca de causas e incidencia de partos por vía abdominal en el Hospital Tingo María.

A nivel técnico, ésta investigación, permitió conocer acerca de causas de exposición que están presentes y que inciden para la presentación de cesáreas en el hospital y cuyas conclusiones nos permiten informarnos acerca del estado situacional de la problemática institucional, así mismo permitirá seguir precisando e investigando otros factores de que permiten el acrecentamiento de histerotomías en el hospital muy por encima del promedio establecido.

A nivel metodológico es trascendente por que los medios de recopilación de datos, servirán para futuras investigaciones ya que estas son validadas, así mismo los resultados servirán como base y antecedente para otras investigaciones de la misma línea de investigación.

1.6 FACTIBILIDAD

El presente trabajo es factible operativamente por contar con personal de salud capacitado en el área de servicio de obstetricia y neonatología, además del personal de apoyo del servicio de centro quirúrgico quienes nos facilitaran la información de la incidencia de histerotomías en el Hospital Tingo María.

La investigación tiene una factibilidad técnica pues posee los elementos indispensables como: búsqueda de información, conocimientos, habilidades, experiencia, manejo de programas estadísticos etc., que son imprescindible para realizar las gestiones y procedimientos que requiere el proyecto, por lo tanto, se considera que los elementos técnicos actualizados son suficientes.

Los recursos económicos y financieros necesarios para desarrollar de las actividades costos que generará la investigación corren a cuenta propia del investigador.

CAPITULO II

2 MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1 Antecedentes internacionales

En la metrópoli de Valencia, España. 2014. Julián Librero, Salvador Peiró¹⁷, investigaron el “Porcentaje de cesáreas en féminas de disminuido riesgo: un indicativo beneficioso para diferenciar nosocomios que atienden partos con amenazas diferentes”. Estudio de cohorte retrospectiva de la totalidad de los partos admitidos en nosocomios comunitarios de la Comunidad Valenciana durante el periodo 2005-2010. la muestra fue de 214.611 partos. Un total de 117.589 (58,4% del total) partos fueron reconocidos como de escasa amenaza. La proporción de cesáreas de este pequeño grupo fue del 11,9% (24,4% para el total) con un nivel entre hospitales del 7,0% al 28,9%. La proporción de histerotomías en baja amenaza y absoluta se relacionaron fuertemente ($r=0,88$). La adecuación de los riesgos sobrantes en los habitantes de mínima amenaza no transformó las consecuencias en el hospital sobre las cantidades de cesáreas. Se llegó a la Conclusión que el porcentaje de cesáreas en partos de bajo riesgo incluye un alto volumen de partos, correlaciona con el indicador bruto y los riesgos remanentes no están afectados exclusivamente por los hospitales, siendo necesario para supervisar la calidad de la atención obstétrica en el Sistema Nacional de Salud.

En la ciudad de Madrid, España. 2009. María De la Calle F; Onica Armijo L y Elena Martín B.¹⁸ realizaron el estudio llamado: “Sobrepeso y obesidad pregestacional como elemento de riesgo de cesárea y complicaciones perinatales”. Con la finalidad de relacionar si el sobrepeso y la obesidad materna son elementos de amenaza de dificultades alrededor del nacimiento. Estudio transversal de 1.223 embarazadas sin hijos atendidas en el Hospital La Paz entre agosto 2007 y abril 2008. Las grávidas se diferenciaron en tres equipos según el índice de masa corporal (IMC) al iniciar la gestación: 482 con peso normal (IMC: 18,5-24,9 Kg/m); 419 con sobrepeso (IMC: 25-29,9Kg/m) y 322 con obesidad (IMC: ≥ 30 Kg/m). Se examinaron las dificultades obstétricas, tiempo de gravidez en el periodo del parto, clase de parto y peso fetal. Resultados: La exposición para histerotomía en las grávidas con sobrepeso fue casi duplicado que el de las grávidas normopeso (OR: 1,9; IC95% 1,4-2,5). Las grávidas obesas triplicaron el número de cesáreas que las de peso normal (OR: 3,1; IC95% 2,8-4,3). La cantidad de inducciones del parto fue mayúsculo en las grávidas con sobrepeso (OR: 1,7; IC95% 1,4-1,9) y se duplicó en las obesas (OR: 2,0; IC95% 1,8-2,9) en relación a las de peso normal. El peligro de macrosomía fetal (>4.000 gramos) fue importante en las grávidas con sobrepeso (OR: 1,5; IC95% 1,4-2,2) y en las obesas (OR: 1,9; IC95% 1,3-2,8) que en las de peso normal. En la investigaciónb de regresión logística multivariante (ajustando por edad, diabetes e hipertensión gestacionales) perduró la relación entre sobrepeso y cesárea (OR: 2,1; IC95% 1,7-2,7) y entre obesidad y cesárea (OR: 3,0; IC95% 2,6-3,8).

Conclusiones: El sobrepeso y la obesidad de la madre al principio de la gestación están relacionados con un incremento de las cifras de cesáreas y de inducciones del parto. Este riesgo es mayor a medida que aumenta el IMC materno

En la comunidad de Corrientes, Argentina. 2010. Griselda Itatí Abreo¹⁹. Investigo la: “incidencia y prescripciones de cesáreas en servicio de toco ginecología del Hospital “Dr. José R. Vidal” de la ciudad de Corrientes, Argentina”. Con la finalidad de establecer el número de casos nuevos de operación cesárea, concretar las más importantes prescripciones obstétricas y las enfermedades de la madre asociadas. Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Resultados: Se anotaron 4016 nacidos vivos, con casos nuevos de cesáreas de 32% (n=1299). Indicaciones obstétricas de

cesáreas: 30,94% por cesárea anterior, 16% sufrimiento fetal agudo, 9,76% carencia de avance del trabajo de parto 9,04% distocia de presentación 9,04% negativa al parto, 5,45% ginecorragia de la segunda mitad del embarazo, 3,80% desproporción feto pélvica, 3,30% gestación múltiple, 13,13% otras en un total de 1393 pacientes. Indicaciones por enfermedades relacionadas de la madre: 46% hipertensión arterial, 21,60% diabetes, 8,40% coreoanmionitis, 7,60% cáncer cervical, 5,20% ruptura prematura de membrana, 4% cardiopatías 2,40% Lúes, 2,40% colestasis, 1,20% condilomatosis, 0,80% código 76 y otras 0,40% en un total de 250 pacientes. Llegando a la conclusión que las cesáreas han incrementado de una manera

importante, en relación a los años pasados, primordialmente a consecuencia de las operaciones anteriores e iterativas. Y las patologías maternas asociadas presión arterial alta y diabetes fueron las de mayor incidencia.

En la comunidad de Cochabamba, Bolivia. 2010. Claudia Camacho Claros; Cristian Alexander Brañez Garcia; Antonio Pardo Novak; Javier Ordoñez Maygua²⁰, investigaron “Cesáreas iterativas - experiencia en el hospital materno infantil German Urquidi de Cochabamba”. Estudio narrado, retrospectivo, empleándose como muestra a 1802 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión, los registros se lograron después de revisar las historias clínicas, libros de pase de guardia y registros, en la que evidenciaron aspectos como escaso número de controles prenatales, cesárea iterativa de emergencia, etc., tomando como prescripción importante de cesárea iterativa, las gestaciones con fetos grande, indicación que no se ajusta con el peso de los neonatos; llamando a la alerta que aún un buen porcentaje se considera a la cesárea anterior como prescripción de cesárea repetida, con dificultades post cesárea, inferidas como son las infecciones, ginecorragias, histerectomías obstétricas, en particular por acretismo placentario, con conducción de un gran porcentaje de aquejados con hemoderivados y de terapia intensiva materna. En relación a la conducta de culminación de la gestación apreciamos, que el 34 % de las gestantes en evaluación, finalizaron su embarazo por histerotomía, cantidad altísima si lo relacionamos con otras zonas del

hemisferio, lo que conlleva al análisis con la finalidad de transformar actitudes, para el bienestar de nuestra población.

2.1.2 Antecedentes nacionales

En la capital Lima, Perú. 2010. Antonio M. Quispe, Álvaro Santivañez Pimentel e Imelda Leyton Valencia²¹, realizaron la investigación titulada: “Cesáreas en siete nosocomios comunitarios de Lima”. Dirección de Salud V Lima. Análisis de clase ecológico donde se analizaron los informes mensuales de la totalidad de nosocomios que atienden partos en la DISA V Lima-Ciudad. Se halló que en el tiempo en el que el total del estudio la TCM promedio fue de $36,9 \% \pm 9,1\%$ (rango: 16,5%-71,4%). Entre los años 2001 (TCM: $33,5\% \pm 6,9\%$), y 2008 (TCM: $39,7\% \pm 8,3\%$) se asentó un aumento medio del $6,9\% \pm 7,0\%$, lográndose un aumento del $7,7\% \pm 6,4\%$ en el año 2007 (TCM: $43,5\% \pm 9,8\%$). En la generalidad de los nosocomios, se asentó un incremento importante de la TCM entre los años 2004 y 2005. Analizando la transformación anual de las TCM se verificó que éstas tienen tendencia a aumentar en los meses de abril ($37,9\% \pm 9,7\%$) y septiembre ($40,2\% \pm 8,9\%$), periodo que se ha reiterado mayoritariamente en los centros hospitalarios analizados. La TCM de los hospitales de la DISA V Lima-Ciudad sobrepasa ampliamente la valla sugerida por la Organización Mundial de la Salud y al tiempo que los años de análisis ha mantenido una tendencia significativamente creciente.

En Pasco, 2014. Durand P, Lucía M. ²² “Frecuencia de Cesáreas en el Hospital Ernesto Germán Guzmán Gonzales, Nivel II-1 de Oxapampa – Pasco 2014”. Cuyo objeto fue establecer la periodicidad de cesáreas en el Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Nivel II-1 de Oxapampa. Estudio descriptivo, retrospectivo, transversal de diseño cuantitativo. La población está conformada por 146 grávidas que han sido cesareadas durante ese periodo. Resultados: el 91.1% de pacientes tenían de 18 a 47 años. El 34.9% fueron nulíparas, el 34.9% fueron gestantes que no han sido intervenido quirúrgicamente para histerotomía. El 81.5% se halla entre las 37 a 40 semanas de gravidez. 11.4% tuvo cesáreas de tipo electiva. Las indicaciones principales fueron: Antecedentes Quirúrgicos 34.9% HIE, preclamsia 16.4% pélvicas (Desproporción céfalo pélvica, pelvis estrecha y macrosomia fetal) 8.2% etapas entre nacimiento corto 14.4%, antecedentes quirúrgicos por segunda vez 10.3%, etapa entre nacimiento largo 5.5% sufrimiento fetal 4.8%, distocia funicular 2%, embarazo gemelar 1.4%, placenta previa 1.4% y condilomatosis vulvar 0.7%. Conclusiones: La regularidad de histerotomías en el Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Nivel II-1 de Oxapampa-Pasco durante el periodo 2014 fue el 24.5% en relación al total de nacidos anotados en el transcurso de ese año, hallándose un incremento en el año 2011 con el 37,8% de ese porcentaje de cesáreas el 17.8% es Emergencia y 20% fue electivas.

2.1.3 Antecedentes Regionales

En Huánuco, 2014. Maylle B²³. En su investigación “Incidencia de Cesáreas en el Hospital Base II de la Red Asistencial de Huánuco, durante el período 2010 a 2014” en investigación para lograr la segunda licenciatura en Obstetricia en la Universidad de Huánuco; se propuso como objetivo de establecer el número de casos nuevos de cesáreas en el Hospital base II de la Red Asistencial de Huánuco, EsSalud, estudio de diseño y nivel Descriptivo, de categoría no experimental, transversal y retrospectivo. de los resultados relacionados a los factores generales: edad joven [72% (2010)], [69% (2011)], [69% (2012)], [70% (2013)], y [81% (2014)]; categoría educativo superior [64% (2010)], [62% (2011)], [60% (2012)], [60% (2013)], y [70% (2014)]; categoría socioeconómico aceptable [79% (2010)], [78% (2011)], [76% (2012)], [77% (2013)], y [74% (2014)]; estado civil conviviente [50% (2010)], [40% (2011)], [42% (2012)], [46% (2013)], y [46% (2014)]. Factores obstétricos multigesta [71% (2010)], [68% (2011)], [70% (2012)], [66% (2013)], y [64% (2014)]; edad gestacional a término [98% (2010)], [98% (2011)], [98% (2012)], [99% (2013)], y [99% (2014)]. La prescripción de la madre por cesárea anterior [22% (2010)], [20% (2011)], [25% (2012)], [27% (2013)], y [28% (2014)]. La indicación fetal SFA [20% (2010)], [12% (2011)], [12% (2012)], [16% (2013)], y [11% (2014)]. La prescripción anexos placentarios RPM [3% (2010)], [2% (2011)], [3% (2012)], [14% (2013)], y [5% (2014)]. La histerotomía de urgencia es la de mayor frecuencia [75% (240)] año 2010; [72% (262)] año 2011; [71% (275)] año 2012; [67% (315)] año 2013; y [53% (250)] año 2014. Determinando que: la

incidencia en cesáreas en el Hospital base II de la Red Asistencial de Huánuco, Essalud, durante el periodo 2010 a 2014 es a disminuir progresivamente, con una incidencia que fluctúa entre 37,7% a 34%

En Huánuco, 2015. Puri G, Jaime²⁴ En su investigación “Casuística de complicaciones que terminaron en Cesárea. Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco” en la tesis para lograr el título de Obstetra en la Universidad de Huánuco; teniendo como objetivo Determinar las dificultades en el parto que finalizaron en cesárea. HRHVM durante el año 2015. Con un categoría de investigación cuantitativa, descriptivo, transversal retrospectivo. La población fue conformada por todas las gestantes que finalizaron en cesaría en total 1075 gestantes de donde se logró una muestra de 633. Los resultados obtenidos fueron que en el HRHVM durante el año 2015 ocurrieron 2291 partos, de los cuales 1216 correspondieron a los partos eutócicos (vaginales) con el 53%, y 1075 partos distócicos (cesárea) con el 47%, expresando que hay un importante porcentaje de cesáreas como producto de dificultades que se presentan. La edad de la madre con mayor casuística de dificultades de parto que culminaron en cesárea fue la edad de entre 20 a 25 años con un porcentaje de 44%, 393 gestantes con el 62% representan a la urbe, en tanto que 240 pacientes con el 38% pertenecen a la zona marginal, 322 pacientes que simbolizan el 51% tienen el nivel de educación secundaria, el estado civil de las grávidas en estudio el 64% con 411 pacientes es el de derechohabientes. el 63% son multigrávidas con

401, en tanto que el 37% de ellas son primigrávidas con 232, un importante porcentaje de 47% atesora el periodo intergenesico normal, el 68% de pacientes con 432 ya poseen más de 2 cesáreas, el 85% con 534 pacientes representan a las gestantes no adolescentes, el 84% de pacientes en estudio si tuvieron atención prenatal, el 35% de cesareadas por distocia de canal de parto con 11 gestantes ocurrieron por pelvis límite, sufrimiento fetal, con el 50%, las HIE con el 45%, sucedido de la placenta previa con el 19%; cesareadas anteriores con el 89% con 282 gestantes sucedidas por expulsión prolongada con el 6% con 19 pacientes.

2.2 BASE TEORICA

2.2.1 Breve referencia histórica evolutiva y el estado actual del problema

Existen diversas teorías para expresar el nombre “cesárea”: La primera de ellas es que supuestamente Cayo Julio Cesar (latín: Gaius Iulius Caesar) nació por este método y de allí la intervención se llamó cesárea. Esto no es cierto porque la madre de Julio Cesar vivió muchos años, después del nacimiento en el año 100 a. C. y para esa época la intervención era letal²³

Otro supuesto origen dice que el nombre deriva de una ley romana del siglo VIII a. C ordenada por Numa Pompilio (segundo rey de Roma) que decretaba se realizara dicho proceso a las féminas que fallecían al final del embarazo, con la

expectativa de socorrer al producto. Es la Lex Regia, posterior se denominó Ley cesárea (23)

La tercera hipótesis que es la que proviene del verbo latino caedere que significa cortar. El vocablo latín de cesárea “caesaru” y sección “seco” son similares uno y otro significan corte. Los neonatos mediante esta operación se llamaban caesones. En la historia de los nacimientos por cesárea se distinguen tres períodos:²³

Primer período, antes de 1500, llamado también mágico. El parto realizado por vía abdominal era un misterio y sobrehumano. Esculapio y Baco nacieron por vía abdominal según la mitología clásica, les correspondía dones especiales y sobrehumanos a los neonatos por esta vía y se les valoraba como héroes. Dícese que Buda, nació del costado materno y Brahma, surgió a través de la cicatriz umbilical. Aun existiendo la Lex Regia fue por propuesta de la Iglesia Católica que favorecía la intervención realizada con la finalidad de auxiliar vidas y almas al bautizarlos. Antes de 1500 el Islam objetaba esta clase de nacimiento y argumentaba que los nacidos por este procedimiento tenían descendencia demoniaca y merecían ser sacrificados. Se desconoce la época en que se inició en mujeres vivas. El Talmud hace referencia a nacimientos por cesárea y la ceremonia de los nacidos mediante esta operación²³.

Segundo período de 1500 a 1876. Se le confiere a Nufer en 1500 el desarrollo de la primera cesárea en una gestante con vida. Utilizó una navaja para rasurar y el producto nació vivo y se supone que la fémina tuvo más hijos. En 1582, Rousset publica una obra y favorece el uso de la operación en féminas vivas y usó el nombre de cesárea. Paré, se oponía al uso de la cesárea y los rechazaba en féminas vivas, al igual que Mauriceau, porque expresaban que era mortal. Es necesario recordar que en esa época no había anestesia y que el útero se dejaba sin suturar, la pared abdominal se aproximaba con empaste pegajoso y algunos puntos burdos. Apoyaban el uso post mórtem. Smellie, favorecía la cesárea y la indicaba en algunos casos y recomendaba que los intestinos y vejiga estuvieran vacíos. En 1769 Lechas galeno francés pionero en unir la histerotomía y fue censurado por sus colegas. Baudelocque en 1770 conceptuó la cesárea, y sus prescripciones: deformidad o estrechez de la pelvis, rotura uterina, embarazo extrauterino y tumores obstructivos del canal del parto. La primera cesárea hecha en América fue realizada en Cumaná por Alonso Ruiz Moreno, en 1820. La parturienta falleció a las 48 horas y el hijo subsistió y falleció a los 80 años. En Estados Unidos la primera cesárea fue hecha en 1827, por Richmond, en Cincinnati, era una I gesta con eclampsia y malformación congénita de la cadera, la madre sobrevivió²³.

Tercer período desde 1876 hasta nuestros días. En 1882 Sängner, asistente de Credé instauró la reparación en la pared abdominal y años más tarde Kehrer la reparación del útero y el fallecimiento de las madres disminuyó por hemorragia, sin embargo permanecía por infección y también la incisión transversa baja que no se consideró. En 1876, Porro ejecuta una intervención más histerectomía subtotal con marsupialización del muñón cervical, lo que actualmente se conoce como operación de Porro. En 1907 Frank, refiere la primera cesárea extraperitoneal, y en ese mismo año se hace en Venezuela la segunda cesárea, en Caracas, por Miguel Ruiz en una segundigesta con pelvis estrecha. Krönig en 1912 mencionaba que la ventaja más importante de la incisión vertical sobre el útero fue que posterior a la sutura se cubría con el peritoneo vesical. En 1914 se hace en el Hospital Vargas una histerotomía más histerectomía.

Aunque en 1882 Kehrer había propuesto el corte segmentario transversal, fue en 1926 cuando Kerr la lleva a cabo y es considerada la transformación más trascendente. En nuestros días se realiza a nivel del segmento uterino en la mayoría de los casos tanto de manera vertical vertical (técnica de Krönig) o de manera transversal (técnica de Kerr), esta última la más usada²³

2.3. MARCO CONCEPTUAL O ASPECTOS TEÓRICOS

Definición de cesárea

La cesárea es el procedimiento quirúrgico cuya finalidad es extraer el feto y sus anexos ovulares mediante de una laparotomía e incisión de la pared uterina²⁵.

Tipos de cesárea

Según antecedentes obstétricos de la paciente.

- ✓ Primera: Realizada por primera vez.
- ✓ Iterativa: Es la realizada en una paciente con precedente de dos o más cesáreas.
- ✓ Previa: es cuando existe el antecedente de una cesárea anterior²²

Según indicaciones

- ✓ Urgente: Es la practicada para resolver o prevenir una dificultad en la madre o en el feto en épocas críticas.
- ✓ Electiva: Es la programada para realizarse en determinada fecha por cierta prescripción galénica y se realiza antes de iniciarse la labor de parto.

Según técnica quirúrgica.

Corporal o clásica:

La incisión es vertical realizándose en el cuerpo uterino. Las prescripciones más frecuentes son: cáncer cérvico-uterino invasor, gestación pretérmino, situación fetal transversa con dorso inferior, histerorrafia corporal previa, procesos adherenciales o varicosos preponderante en el segmento inferior, placenta previa en cara

anterior, cesárea posmortem, miomatosis uterina de grandes elementos y cuando posterior a la cesárea se ejecutará una histerectomía. Los inconvenientes que presenta son: apertura y cierre más difícil, mayor hemorragia, adherencias más reiteradas, histerorrafia menos resistente que puede tornarse en dehiscente durante un nuevo embarazo²²

Segmento corporal: (Beck)

La incisión es vertical y se realiza sobre el segmento y parte del cuerpo uterino. Las prescripciones de importancia son: embarazo pretérmino, embarazo gemelar, situación fetal transversa con dorso inferior, presentación pélvica, placenta previa en la cara anterior del útero, anillo de retracción e histerorrafias corporales previas. Las desventajas de esta técnica no difieren de la anterior²²

Segmento arciforme o transversal: (Kerr)

Es la técnica quirúrgica más usada por sus múltiples ventajas. Al efectuarse una cisura transversal del segmento inferior cuenta con la ventajas de desarrollar mínima hemorragia, y accesa una fácil apertura y cierre de la pared uterina, formación de cicatriz uterina muy resistente con poca probabilidad de dehiscencia y ruptura en embarazos subsecuentes y así como pocas adherencias postoperatorias²²

Factores que determinan la operación cesárea

La indicación para realizar una operación cesárea puede ser por causas: Maternas, Fetales o Mixtas²⁶

Causas maternas

- ✓ Estrechez pélvica.
- ✓ Pelvis asimétrica o deformada.
- ✓ Malformaciones congénitas.
- ✓ Tumores del cuerpo o segmento uterino, cérvix, vagina y vulva que obliteran el canal vaginal.
- ✓ Cirugía previa del segmento y/o cuerpo uterino, incluyendo operaciones cesáreas previas.
- ✓ Operación anterior del cervix, vagina y vulva que se interpone con el avance normal de la labor del parto. Distocia de la contracción.
- ✓ Hemorragia (placenta previa o desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta)
- ✓ Enfermedad de la madre incluyendo nefropatías, cardiopatías, hipertensión arterial o diabetes mellitus, etc.
- ✓ Síndrome de desproporción cefalopélvica
- ✓ Preeclampsia/eclampsia
- ✓ Embarazo múltiple
- ✓ Infección amniótica
- ✓ Isoinmunización materno-fetal

Causas fetales.

- ✓ Macrosomía fetal que ocasiona desproporción cefalopélvica.
- ✓ Alteraciones de la situación, presentación o actitud fetal
- ✓ Prolapso de cordón umbilical

- ✓ Sufrimiento fetal
- ✓ Malformaciones del feto que no son compatibles con el parto
- ✓ Embarazo prolongado con prescripciones contrarias para parto vaginal
- ✓ Cesárea posmortem

Indicaciones más frecuentes criterios para la toma decidir

Las prescripciones más importantes de la intervención quirúrgica son:

- ✓ Desproporción cefalopélvica
- ✓ Cesárea previa
- ✓ Sufrimiento fetal
- ✓ Ruptura prematura de membranas
- ✓ Presentación pélvica

Aunque la ruptura prematura de membranas no considerada entre las principales prescripciones galénicas, a nivel del Perú se ha contemplado que esta dificultad ocasiona un aumento relativo en la cantidad de cesáreas.

Desproporción cefalopélvica.

Condición por causas maternas, fetales o mixtas sujeto al nexo existente entre el feto y la pelvis, que imposibilita resolver el parto por vía vaginal.

La desproporcionalidad cefalopélvica discurre en las consecuentes ocasiones:

- ✓ Pelvis estrecha, deformada u obstruida y feto normal con buena actitud.
- ✓ Pelvis normal y feto grande, anómalo (gigantismo o hidrocefalia) o con mala actitud.
- ✓ Pelvis y productos normales con diámetros fetopélvicos limitados, posterior a una evaluación de labor de parto infructuoso.
- ✓ La determinación de la desproporción cefalopélvica es determinada por medio de una evaluación clínica rigurosa de los estrechos superiores, medio e inferior de la pelvis de la madre y su asociación con el producto, con el soporte de estudios de imagen. Ante la duda diagnóstica se deberá corroborar la labor de parto²⁶

Cesárea previa

La ejecución del parto vaginal en situaciones selectas de pacientes con cesárea previa se realiza con más frecuencia. El objetivo de este proceder es eludir los riesgos a la operación cesárea, sin embargo, el concepto tradicional de "una vez cesárea, siempre cesárea" ha prevalecido en el ámbito médico, por lo que esta situación permite una de las más importantes prescripciones de esta intervención.

Según estudios actuales, la táctica de admitir un parto vaginal a gestantes con cesárea previa condicionado a estricto control, resulta un incremento en los nacimientos por vía vaginal sin complicaciones²⁷

Se decidirá acceder un parto vaginal en gestantes con cesárea previa, únicamente en unidades de segundo o tercera categoría de

atención con personal de salud idóneo para absolver cualquier anomalía que pudiera manifestarse.

Contraindicaciones para el parto vaginal en gestantes con cesárea previa:

- ✓ Preliminarmente dos o más cesáreas previas segmento arciforme
- ✓ Precedentes de cesárea previa tipo segmento-corporal, corporal o presencia de otras cirugías uterinas.
- ✓ Antecedente de cesárea previa cercano (menor a 6 meses).
- ✓ Precedente de ruptura uterina o dehiscencia de histerorrafia
- ✓ Pelvis poco útil clínicamente.
- ✓ En gestaciones pretérmino y postérmino, gemelares o con fetos macrosómicos, se evaluará minuciosamente cada caso.

Sufrimiento fetal

El sufrimiento fetal es conceptualizado como una transformación ocasionada por la reducción del intercambio metabólico entre la madre y el feto que ocasiona hipoxia, hipercapnia, hipoglicemia y acidosis. Estos trastornos ocasionan una función celular anormal que puede ocasionar noxas irreversibles, con consecuencias e inclusive el fallecimiento del producto.

Las circunstancias que ocasionan el sufrimiento en el feto tienen posibilidad de ser reversibles (hipotensión materna, efecto Poseiro, hipercontractilidad por uso de oxitócicos), o no revertirse (causa fetal, placentaria o del cordón umbilical)²⁸

El concepto de sufrimiento fetal no es bastante preciso, razón por la cual se ha sugerido utilizar: “alteraciones en la actividad cardíaca fetal”,

concepto que contribuye a describir de manera clínica la categoría y severidad de las alteraciones existentes.

El padecimiento fetal se puede presentar de manera aguda o crónica. Puede manifestarse anterior o posterior del principio de labor de parto, comúnmente vinculado con dolencias materno-fetales con dificultad de la perfusión placentaria, como: infecciones, trastornos hipertensivos, isoinmunización Rh, diabetes con lesión en los vasos, anemia severa, que se interpretan comúnmente como un retraso en el crecimiento fetal intrauterino y oligoamnios.

Estas gestaciones son consideradas de riesgo elevado y merecen ser supervisados con exámenes para bienestar fetal y en situaciones de hallar trastornos, se considerará el instante y la manera más adecuada para la interrupción de la gestación.

Sufrimiento fetal agudo

El sufrimiento fetal agudo, se determina comúnmente en proceso de labor de parto y es capaz de darse en una gran variedad de circunstancias asociadas con vicisitudes o eventualidades características del mismo, en un producto previamente normal, o bien, en un feto con sufrimiento fetal crónico que presenta un episodio agudo en el proceso de labor de parto.

Diagnóstico

La determinación de sufrimiento fetal en el proceso de labor de parto se sostiene principalmente en: modificaciones en la frecuencia del corazón del feto, siendo capaz de acompañarse de la existencia o

ausencia de meconio y modificaciones del pH de la sangre capilar lograda del cuero cabelludo producto (en los establecimientos que poseen este recurso final).

La presencia única de meconio no es una prescripción para la culminación inmediata de la gestación, esta evidencia posee utilidad para tener en cuenta la prescripción de cesárea si va asociada de modificaciones de la frecuencia cardíaca del feto y con las modificaciones del color y la densidad.

La frecuencia cardíaca fetal se puede examinar mediante algunos métodos: examinando clínicamente con estetoscopio de Pinard, equipo Doppler o por intermedio del registro electrónico con un cardiotocógrafo.

Auscultación clínica.

En situaciones de hacer uso del estetoscopio de Pinard o el equipo Doppler se evaluará la frecuencia cardíaca del feto antes, durante y posterior al acmé de una contracción uterina, con pausas de 15 minutos en el tiempo del período de dilatación y de 5 minutos en el tiempo del período de expulsión.

Se valorarán los parámetros para examinar la frecuencia cardíaca:

Basal (normal): 120-160 latidos / min.

Bradycardia:

- ✓ leve: entre 110-119 latidos / min.
- ✓ moderada: entre 100-109 latidos/min.
- ✓ severa: por debajo de 100 latidos/min.
- ✓ Taquicardia: -leve: entre 160 -169 latidos / min.
- ✓ moderada: 170-179 latidos / min.

✓ severa: mayor de 180 latidos/min.

Ruptura prematura de membranas

Es la exteriorización de líquido del amnios mediante una solución de continuidad de las membranas ovulares en gestaciones superiores de 20 semanas y/o por lo menos 2 hrs. antes del principio de la labor de parto²⁹

El diagnóstico clínico se realiza mediante la observación directa de la salida espontánea de líquido amniótico, mediante el orificio del cuello uterino en una evaluación con espéculo vaginal, o por medio de actos que evidencian la expulsión de líquido amniótico tales como: comprimir el fondo uterino mediante una mano, en tanto que con la otra se resiste superficialmente la presentación (maniobra de Tarnier) o se le orienta a la gestante que puje (maniobra de valsalva); en algunas circunstancias cabe la posibilidad de no ser tan accesible determinar el diagnóstico y es necesario la ayuda de otro sistema de ayuda con métodos auxiliares de laboratorio y de gabinete.

Los exámenes del laboratorio se basan en la evaluación de la evidencia del líquido amniótico, obtenida del fondo de saco vaginal posterior, en el que se establece: pH, cristalografía, distinguir las células naranjas, y siendo posible, fosfatilglicerol, alfafetoproteína, y fibronectina fetal.

Los exámenes de gabinete incluyen: ecografías para evaluar la cantidad de líquido amniótico y amniotomía, añadiendo alguna coloración (índigo carmín o violeta de genciana) y colocar un apósito en la vagina para comprobar si la membrana se ha roto a través de su coloración (29)

Conducta ante la ruptura prematura de membranas.

La actitud obstétrica en estas situaciones requiere de:

- ✓ Periodo de progresión de la ruptura
- ✓ Presunción o seguridad de infección.
- ✓ Edad del embarazo y madurez fetal.
- ✓ Condiciones obstétricas.

Presentación pélvica

La presentación pélvica se presenta en el 3-4 % del total de las gestaciones. En gran parte de las unidades obstétricas, esta variante de presentación establece una indicación de cesárea (excepto cuando la paciente acude en periodo expulsivo)³⁰

El parto vaginal en presentación pélvica se consentirá exclusivamente en condiciones particulares:

- ✓ Experticia del galeno en la atención del parto en presentación pélvica.
- ✓ Antecedentes por lo menos un parto vaginal previo.
- ✓ Gestación a término
- ✓ Pelvis clínicamente útil
- ✓ Inicio natural de la labor de parto.
- ✓ Variante de presentación franca de nalgas, con excelente posición de la cabeza y de los miembros superiores.
- ✓ Presentación en un segundo o tercer plano de Hodge.
- ✓ Peso del feto aproximado entre 2300 y 3600 gramos.
- ✓ Bolsa amniótica intacta
- ✓ Posibilidad de dar seguimiento electrónico de la frecuencia cardíaca fetal y de las contracciones uterinas.

2.3 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS BÁSICOS

Cesárea: Categoría de parto en donde se realiza una incisión en la matriz materna para extraer al bebé.

Indicación de cesárea: Razón por la cual el parto vaginal no es factible o conlleva mayor riesgo materno-perinatal.

Sufrimiento fetal agudo: El sufrimiento fetal agudo (SFA), o distres del feto, es una denominación que se emplea en obstetricia para aludir a una condición que afecta el funcionamiento fetal al inicio o durante la labor de parto, de tal manera que es posible el fallecimiento fetal o la manifestación de traumatismos permanentes en un tiempo parcialmente breve. En general, el SFA es causada, por la falta de oxígeno secundario especialmente a deficiencia en la circulación útero-placentaria, compresión del cordón umbilical y dificultades del feto tales como la sepsis o las hemorragias.

Desproporción cefalo pélvica: Desproporción Céfalopélvica o DCP, es decir, no existe proporción entre la cabeza del feto y la pelvis materna. Las auténticas DCP prácticamente no existen y son debidas a malformaciones de la pelvis o a accidentes que han provocado dicha malformación.

2.4 SISTEMA DE HIPÓTESIS

H_a: Los factores maternos, fetales y uterinos placentarios establecen la incidencia de cesárea en el Hospital Tingo María.

H_o: Los factores maternos, fetales y uterinos placentarios no establecen la incidencia de cesárea en el Hospital Tingo María

2.5 SISTEMA DE VARIABLES

2.5.1 Variable Dependiente

Cesárea

2.5.2 Variable independiente

Factores determinantes

2.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	Valor final	ESCALA DE MEDICION
Variable independiente: Factores determinantes	Factores maternos.	Cesárea anterior	Si No	Nominal
		Embarazo gemelar	Si No	Nominal
		Desproporción céfalo pélvica	Si No	Nominal
		Pre eclampsia	Si No	Nominal
		Patología asociada	Si No	Nominal
	Factores fetales	Situación transversa	Si No	Nominal
		Presentación podálica	Si No	Nominal
		Macrosomia fetal	Si No	Nominal
		Sufrimiento fetal	Si No	Nominal
	Factores uterinos placentarios.	Placenta previa	Si No	Nominal
		DPP	Si No	Nominal
Variable dependiente: Cesárea		Cesárea realizada	Si No	Nominal
Variables de caracterización	Sociodemográficos	Edad	Años cumplidos	Razón
		Estado civil	Soltera Casada conviviente	Nominal
		Nivel educativo	Sin instrucc Primaria Secundaria Superior	Ordinal
		Procedencia	Urbano Rural	Nominal
		Paridad	Primigesta Multigesta Gran multigesta	Nominal
		Control pre natal	Adecuado inadecuado	Nominal

CAPITULO III

3 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Según la intervención del investigador el estudio es **observacional**, solo se observó y se describió en forma precisa los fenómenos

Según la planificación de la medición de la variable de estudio es **retrospectivo**, porque se registraron información sobre hechos ocurridos anteriormente al diseño y recolección de datos, y se realizó partiendo de registros o fuentes secundarias.

Según el número de mediciones de la variable de estudio es de corte **transversal**, porque los instrumentos se aplicaron en un solo momento y las variables se midieron una sola vez.

3.1.1 Enfoque

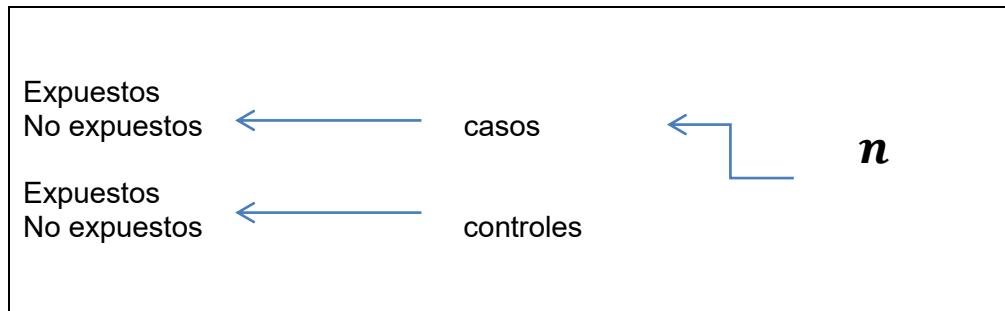
El estudio de investigación siguió el enfoque cuantitativo porque la información que se recolectó fue analizada por medio del empleo de la estadística descriptiva e inferencial para la corroboración de la hipótesis.

3.1.2 Nivel

Según el alcance del objetivo general y objetivos específicos, el presente estudio tiene un nivel relacional tipo casos y controles.

3.1.3 Diseño

Se ejecutó una investigación de diseño observacional analítico tipo casos y controles, siguiendo el presente esquema:



3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1 Población

La población estuvo conformada por la totalidad de las gestantes que tuvieron partos atendidos en el área de obstetricia del Hospital Tingo María.

Criterios de inclusión y exclusión.

a. Criterios de Inclusión:

- ✓ Pacientes que tuvieron parto durante el año 2014.
- ✓ gestantes controladas en el Hospital Tingo María.
- ✓ Historias clínicas con datos completos

b. Criterios de eliminación:

- ✓ Historias clínicas incompletas.

3.2.2 Muestra

Para la constitución de la muestra tanto para los casos como para los controles se utilizó la siguiente formula

$$n = \frac{\left[z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Donde:

- ✓ $Z_{1-\alpha/2}$: nivel de confianza al 95% = 1.96
- ✓ Z_{1-B} : poder estadístico (80%)= 0.84
- ✓ P: Probabilidad de existo o tasa de prevalencia
(50%) = 0.56
- ✓ P_1 : Frecuencia de exposición entre los controles
(40%) = 0.73
- ✓ P_2 : Frecuencia de exposición entre los casos.
- ✓ W: Odds ratio previsto = 4.

$$n = \frac{\left[1,96 \sqrt{2 \times 0,565 \times (1 - 0,565)} + 0,84 \sqrt{0,73 \times (1 - 0,73)} + 0,4 \times (1 - 0,4) \right]^2}{(0,73 - 0,4)^2} \approx$$

$$n = 70$$

Por tanto, se necesitó un grupo de n=70 de los cuales 35 fueron los casos (parto por cesárea) y otros 35 controles (parto eutócico).

3.3 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

3.3.1 Para recoger la información

Se elaboró una ficha de recolección de datos lo cual sirvió para vaciar la información de las Historias Clínicas Perinatales. En dicha ficha de recojo de información se obtuvo datos relacionado a las variables sociodemográficas y factores maternos, fetales y útero placentario.

3.3.2 Para la presentación de datos

Se presentaron los datos en tablas académicas y en figuras de las variables en evaluación, a fin de realizar la evaluación y

traducción de los mismos de acuerdo al marco teórico correspondiente a los factores determinantes a la incidencia de cesáreas de la muestra en estudio.

3.3.3 Para la evaluación y explicación de datos

Se utilizó la estadística descriptiva a través de las tablas de frecuencia, proporciones, gráficos para caracterizar algunas variables. Así mismo se empleó estadísticas como medidas de tendencia central y dispersión para analizar las variables de estudio. Con la intención de establecer fuerza de asociación se utilizó el Odds Ratio en la que cuanto mayor se aleja del 1 mayor es la fuerza de asociación. Así mismo se utilizó el estadístico no paramétrico Chi cuadrado en la que se consideró relación significativa si valor $p < 0,05$

CAPITULO IV

4 RESULTADOS

4.1 PROCESAMIENTO DE DATOS

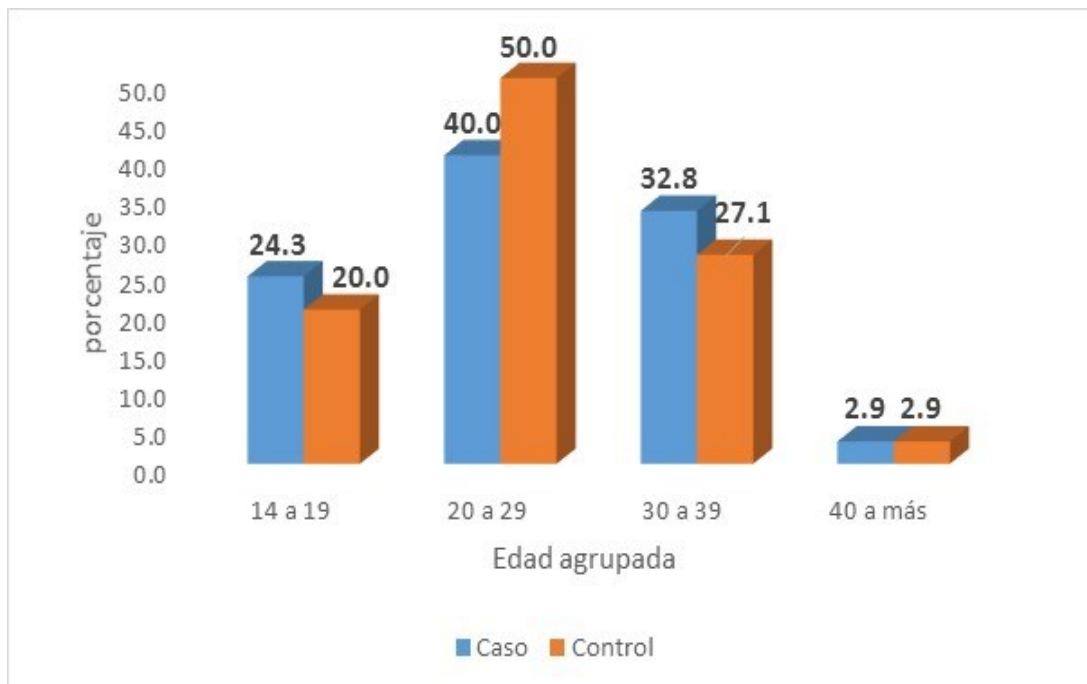
4.1.1 Análisis descriptivo

**Tabla N° 01: Características generales de las gestantes en estudio
Hospital Tingo María, 2014**

Variables	Caso		Control	
	N°	%	N°	%
Edad:				
14 a 19	17	24.3	14	20.0
20 a 29	28	40.0	35	50.0
30 a 39	23	32.8	19	27.1
40 a más	2	2.9	2	2.9
Estado Civil:				
Soltera	16	22.9	7	10
Casada	8	11.4	12	17.1
Conviviente	46	65.7	51	72.9
Nivel educativo:				
Sin Instrucción	3	4.3	4	5.7
Primaria	17	24.3	19	27.1
Secundaria	36	51.4	36	51.4
Superior	14	20.0	11	15.7
Procedencia:				
Urbano	28	40.0	28	40.0
Rural	42	60.0	42	60.0
Paridad:				
Primigesta	25	35.7	19	27.1
Multigesta	43	61.4	48	68.6
Gran multigesta	2	2.9	3	4.3
N° Control prenatal:				
Adecuado	53	75.7	48	68.6
Inadecuado	17	24.3	22	31.4

Fuente: Encuesta aplicada

**Figura N° 01: Edad agrupada de las gestantes en estudio
Hospital Tingo María, 2014**



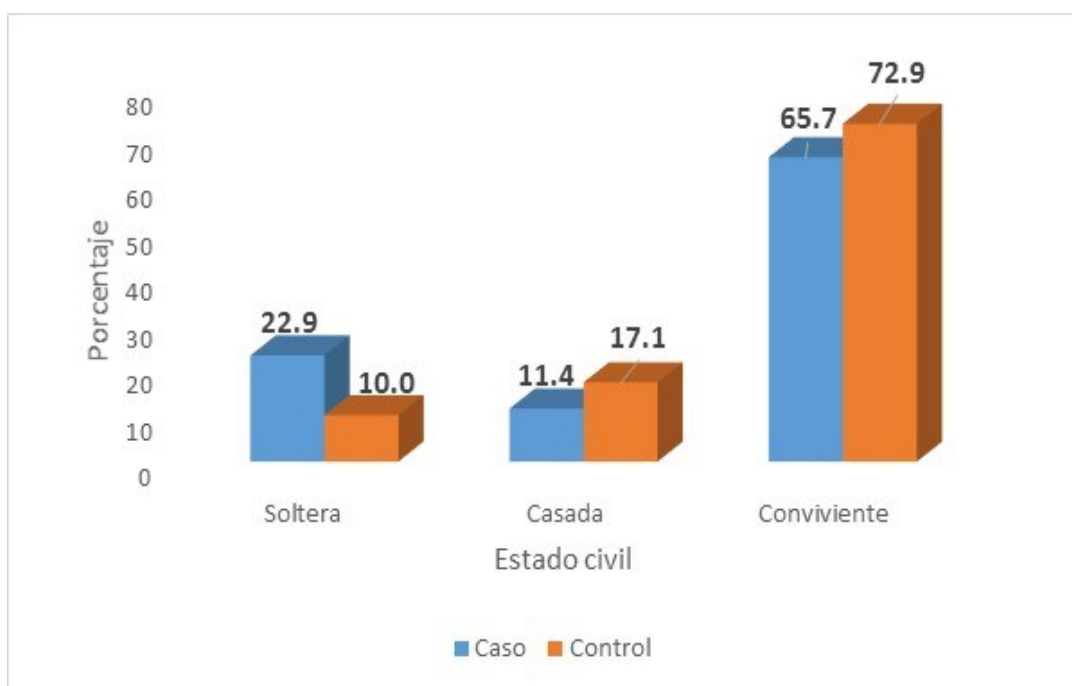
Fuente: Encuesta aplicada

En relación con la edad de las grávidas, en el grupo de los casos mayoritariamente lo conforman las gestantes de 20 a 29 años de edad con un 40,0% seguida por las de 30 a 39 años.

Para el grupo control, el 50,0% lo conforman las gestantes de 20 a 29 años, seguida por el de 30 a 39 años con un 27,1%.

Las adolescentes ocupan un tercer lugar en ambos grupos.

**Figura N° 02: Estado civil de las gestantes en estudio
Hospital Tingo María, 2014**

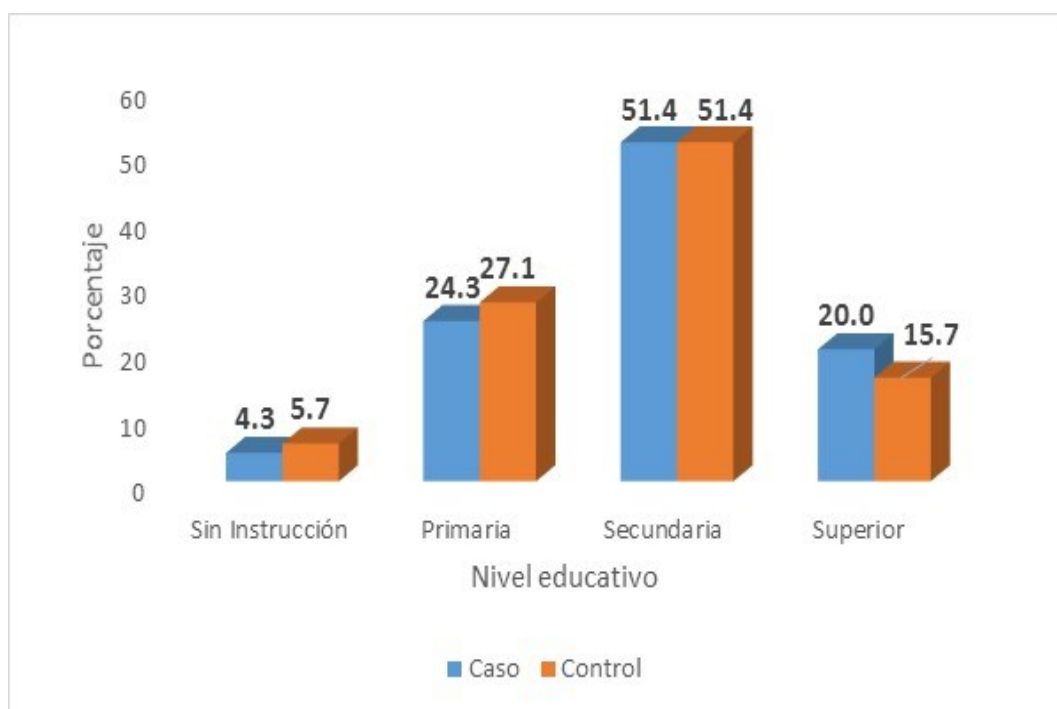


Fuente: Encuesta aplicada

Según estado civil, mayoritariamente en ambos grupos tanto el de casos como el de control lo conformaron las gestantes con estado civil conviviente, siendo de 65,7% para los casos y de 72,9% para los controles.

En segundo lugar, ocuparon las gestantes solteras con un 22,9% para los casos y las casadas con un 17,1% para los controles.

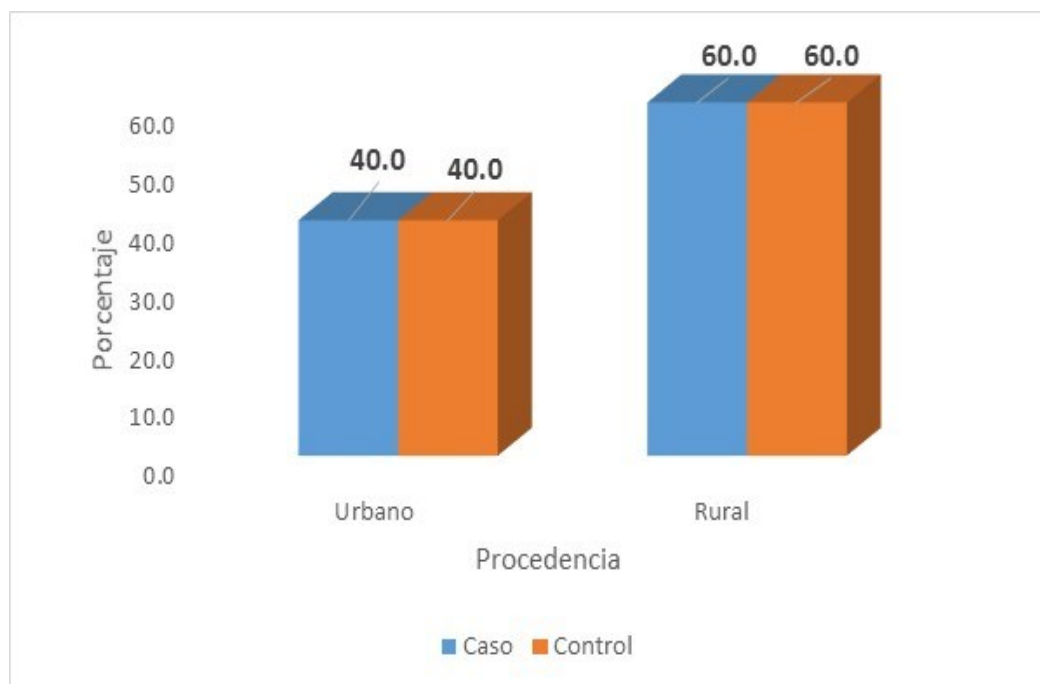
**Figura N° 03: Nivel educativo de las gestantes en estudio
Hospital Tingo María, 2014**



Fuente: Encuesta aplicada

Con respecto al nivel educativo, en ambos grupos, tanto en los casos como en los controles mayoritariamente alcanzaron el nivel educativo de secundaria con un 51,4% respectivamente. Seguida por las gestantes del nivel primario.

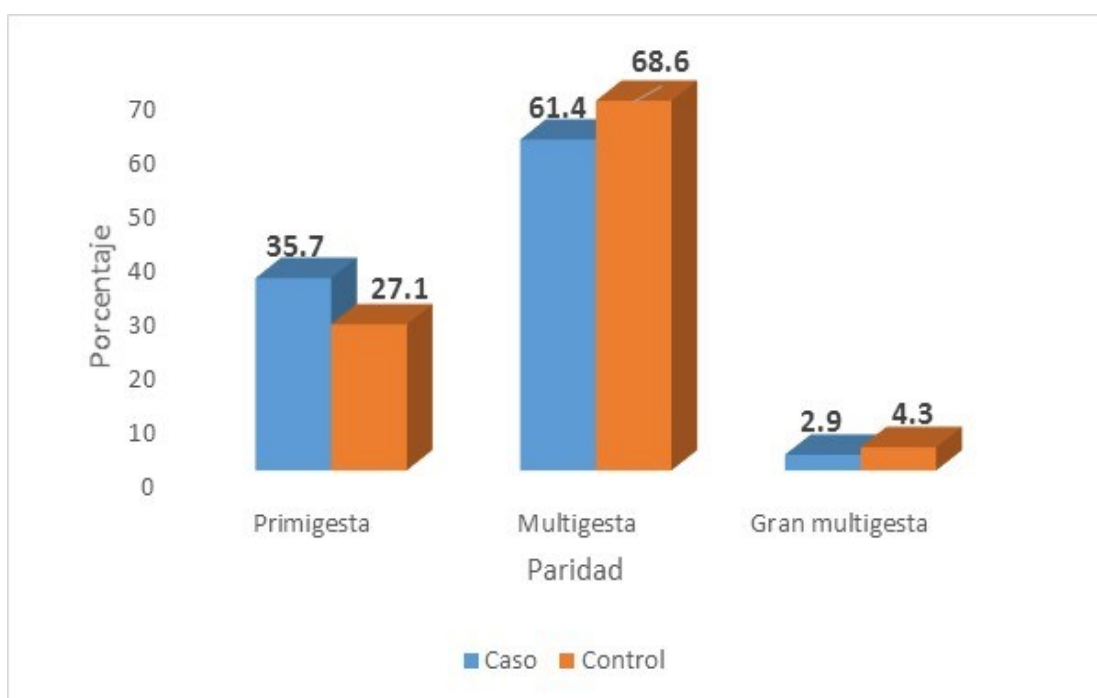
**Figura N° 04: Procedencia de las gestantes en estudio
Hospital Tingo María, 2014**



Fuente: Encuesta aplicada

En relación al lugar de procedencia, para ambos grupos sobresalen las gestantes que proceden de las zonas rurales de nuestra jurisdicción con un 60,0% del total de las gestantes. El 40,0% restante corresponde a las gestantes de la zona urbana de Tingo María.

**Figura N° 05: Paridad de las gestantes en estudio
Hospital Tingo María, 2014**

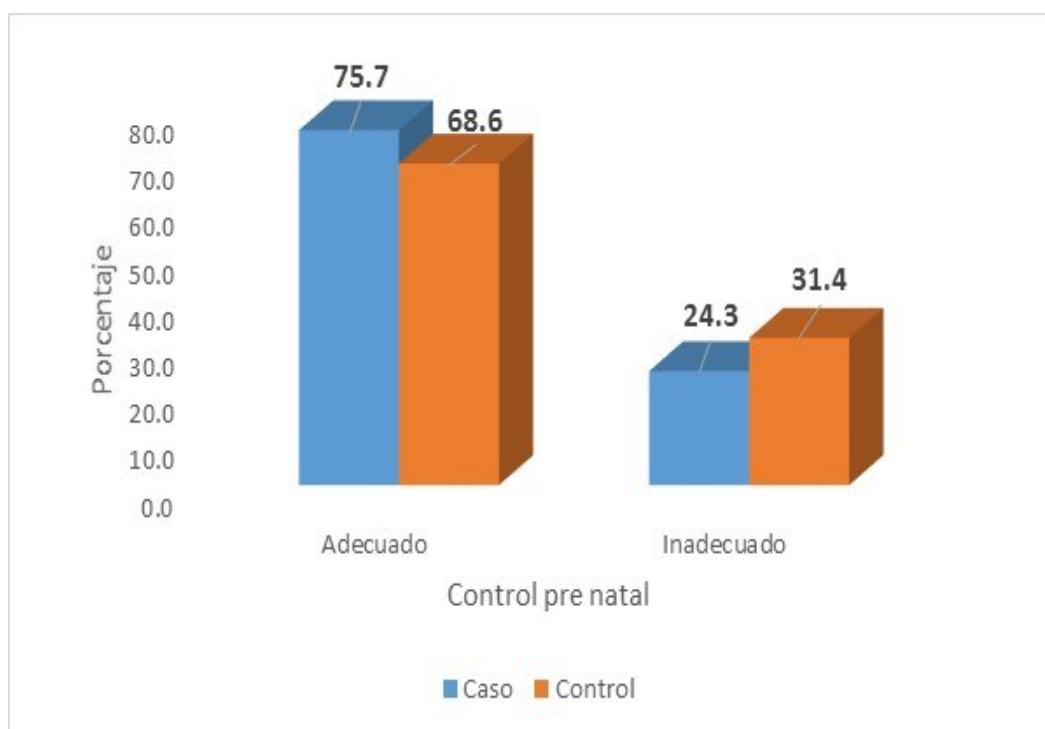


Fuente: Encuesta aplicada

En cuanto a la paridad, mayoritariamente lo conforman para los casos las multigestas con un 61,4% y para los controles las multigestas alcanzan el 68,6%.

En segundo lugar, lo ocupan las primigestas de los cuales el 35,7% corresponden a los casos y el 27.1% para los controles.

**Figura N° 06: Control pre natal de las gestantes en estudio
Hospital Tingo María, 2014**



Fuente: Encuesta aplicada

En relación al número de control prenatal relacionado a adecuado o inadecuado, para el grupo de casos, el 75,7% de las gestantes tenía controles adecuados para su EG.

Para el grupo control el 68,6% alcanzó número de controles adecuados durante su gestación.

**Tabla N° 02: Distribución según factores maternos de las gestantes
Hospital Tingo María, 2014**

Factores maternos	Caso		Control	
	N°	%	N°	%
Cesárea anterior:				
Si	8	11.4	3	4.3
No	62	88.6	67	95.7
Embarazo gemelar:				
Si	2	2.9	1	1.4
No	68	97.1	69	98.6
Desproporción céfalo pélvica.				
Si	17	24.3	0	0.0
No	53	75.7	70	100.0
Preclampsia -eclampsia:				
Si	10	14.3	0	0.0
No	60	85.7	70	100.0
Patología asociada:				
Si	45	64.3	29	41.4
No	25	35.7	41	58.6

Fuente: Encuesta aplicada

En cuanto a los factores maternos, en el grupo de casos observamos que el 11,4% tenía cesáreas anteriores en relación a un 4,3% de los controles.

El 2,9% de los casos ha tenido embarazo gemelar en relación al 1,4% de los controles que tuvo embarazo gemelar.

El 24,3% del grupo de casos ha tenido DCP, a diferencia que en el grupo de los controles ninguna ha tenido DCP.

Así mismo se evidenció que el 14,3% del grupo de casos ha tenido problemas de pre eclampsia o eclampsia, mientras que las del grupo control ninguna tuvo este problema.

Finalmente, el 64,3% del grupo de casos ha tenido enfermedades asociadas durante su embarazo, mientras que en el 41,4% de los controles se presentó este problema.

**Tabla N° 03: Distribución según factores fetales en las gestantes
Hospital Tingo María, 2014**

Factores fetales	Caso		Control	
	N°	%	N°	%
Situación transversa:				
Si	3	4.3	0	0.0
No	67	95.7	70	100.0
Presentación podálica:				
Si	9	12.9	0	0.0
No	61	87.1	70	100.0
Macrosomía fetal:				
Si	12	17.1	0	0.0
No	58	82.9	70	100.0
Sufrimiento fetal agudo:				
Si	9	12.9	0	0.0
No	61	87.1	70	100.0

Fuente: Encuesta aplicada

Fuente:

En relación a los factores fetales, en el grupo de casos observamos que el 4,3% se encontraba en situación transversa, en los controles este hecho no se presentó.

El 12,9% de los casos mostró presentación podálica, hecho que no se presentó en el grupo control.

Macrosomía fetal, se presentó en el 17,1% del grupo caso, mientras que en grupo control no se presentó.

Sufrimiento fetal agudo, se presentó en el 12,9% de los casos, mientras que en el grupo control no se evidenció este problema.

**Tabla N° 04: Distribución según factores útero placentarios
Hospital Tingo María, 2014**

Factores útero placentarios	Caso		Control	
	N°	%	N°	%
Placenta previa:				
Si	1	1.4	0	0.0
No	69	98.6	70	100.0
DPP:				
Si	0	0.0	0	0.0
No	70	100.0	70	100.0

Fuente: Encuesta aplicada

En relación a los factores útero placentarios, en el grupo de casos observamos que el 1,4% de las gestantes presentó placenta previa, mientras que en los controles no se presentó este problema.

En relación a desprendimiento prematuro de placenta tanto en los casos como en los controles no se presentó este problema.

4.2 CONTRASTACIÓN Y PRUEBA DE HIPÓTESIS:

**Tabla N° 05: Factores maternos determinantes a la incidencia de cesáreas
Hospital Tingo María, 2014**

Factores maternos	% caso expuesto	% control expuesto	OR	IC al 95%	X ²	p
Cesárea anterior	11.4	4.3	2,8	0,7 - 11,3	2,467	0,116
Embarazo gemelar	2.9	1.4	2,0	0,1 - 22,9	0,341	0,559
Desproporción céfalo pélvica	24.3	0.0	2,3	1,8 - 2,8	19,350	0,000
Preclampsia -eclampsia	14.3	0.0	2,1	1,8 - 2,6	10,769	0,000
Patología asociada	64.3	41.4	2,5	1,2 - 5,0	7,338	0,007

Fuente: Encuesta aplicada

En relación a los factores maternos determinantes para la incidencia de cesáreas en el Hospital Tingo María, observamos que la desproporción céfalo pélvica ($X^2= 19,350$; $p= 0,000$); presencia de preclampsia o eclampsia ($X^2= 20,769$; $p= 0,000$) y patologías asociadas a la gestante ($X^2= 7,338$; $p=0,007$) son factores estadísticamente significativos que determinan la incidencia de cesáreas. Así mismo se encontró en estos factores un $OR= 2$; lo que indica que hay 2 veces mayor probabilidad para una cesaría frente a una DCP, pre eclampsia y presencia de enfermedades asociadas durante el embarazo.

**Tabla N° 06: Factores fetales determinantes a la incidencia de cesáreas
Hospital Tingo María, 2014**

Factores fetales	% caso expuesto	% control expuesto	OR	IC al 95%	X ²	p
Situación transversa	4.3	0.0	2,0	1,7 - 2,4	1,363	0,243
Presentación podálica	12.9	0.0	2,1	1,7 - 2,5	7,600	0,006
Macrostomia fetal	17.1	0.0	2,2	1,8 - 2,6	13,125	0,000
Sufrimiento fetal agudo	12,9	0.0	2,1	1,7 - 2,5	7,600	0,006

Fuente: Encuesta aplicada

En cuanto a los factores fetales determinantes para la incidencia de cesáreas en el Hospital Tingo María, observamos que la presentación podálica ($X^2= 7,600$; $p= 0,006$); Macrosomía fetal ($X^2= 13,125$; $p= 0,000$) y el sufrimiento fetal agudo ($X^2= 7,600$; $p=0,006$) son factores fetales estadísticamente significativos que determinan la incidencia de cesáreas. Así mismo se encontró en estos factores un $OR= 2$; lo que indica que hay 2 veces mayor probabilidad para una cesaría frente a una presentación podálica; macrosomia fetal y sufrimiento fetal agudo.

Tabla N° 07: Factores útero placentario determinantes a la incidencia de cesáreas - Hospital Tingo María, 2014

Factores útero placentario	% caso expuesto	% control expuesto	OR	IC al 95%	X2	p
Placenta previa	1.4	0	2,0	1,7 - 2,3	0,000	1,000

Fuente: Encuesta aplicada

En cuanto a los factores útero placentarios determinantes para la incidencia de cesáreas en el Hospital Tingo María, no se encontró como factor a la presencia de placenta previa ni al desprendimiento prematuro de placenta.

CAPITULO V

5 DISCUSION DE RESULTADOS

5.1 DISCUSIÓN:

La Cesárea es una intervención quirúrgica cuyo objetivo es el extraer el producto de la concepción a través de la vía abdominal⁴.

De igual manera se puede conceptualizarlo como el nacimiento de un feto a través de una incisión en la pared abdominal y en la pared uterina, ante una situación de peligro de la madre o del feto, o ante la imposibilidad del feto de nacer por vía vaginal⁴.

En la actualidad, las cesáreas son por lo general procedimientos con un alto grado de seguridad; pero es necesario recordar que cualquier tipo de cirugía conlleva a riesgos como: aumento del sangrado, en la que requiera de una transfusión de sangre, infecciones de herida operatoria, reacción adversa a medicamentos, muerte materno-fetal y posibles daños al neonato³¹

En base a la imperiosa necesidad de saber qué factores están favoreciendo para el incremento de cesáreas en el Hospital Tingo María se realizó la presente investigación en la que se encontró en relación a las características generales de las gestantes que terminaron en cesárea, el 40,0% corresponden a edades entre 20 a 29 años, el 51,4% alcanzaron un nivel educativo de secundaria. Mayoritariamente el 60,0% provienen de la zona rural. Así mismo el 61,4% es multigesta, y el 75,7% tuvo un control pre natal adecuado. Datos en la que algunas variables se relacionan con el estudio de Maylle B.²³ que identifica a la etapa joven como la edad en la que se realizaron el mayor número de cesáreas, así mismo indica que las mujeres con nivel

educativo secundaria y superior son las que incrementan las incidencias a cesáreas. Por otro lado, refiere que las convivientes y multigestas son las más incidentes a las cesáreas. Estudios también como el de Lindo M.³² nuestros resultados tienen similitud, ya que indica que la edad entre 20 a 35 años son las más prevalentes a cesárea. En una investigación realizada por Monterrosa C.³³ explica que la adolescencia no es un factor indicativo para cesárea. El estudio realizado por Gálvez³¹ Difieren los resultados con el nuestro en relación a la presencia de cesárea según paridad ya que nuestros datos encontrados sugieren mayor número de cesáreas en multigestas en comparación con lo encontrado por Gálvez quien indica mayor número de cesáreas en primigestas.

Existen diversos factores maternos determinantes a la alta incidencia de cesáreas en nuestro hospital, de los cuales sobresalen la presencia de desproporción céfalo pélvica (OR=2,3; p=0,000), Esto coincide con lo reportado en la literatura, donde se destaca que efectivamente la desproporción céfalo-pélvica es una de las indicaciones más frecuentes de cesárea sobre todo en mujeres adolescentes³⁴. Así mismo nuestro resultado coincide con lo encontrado en su estudio realizado por Manzano E.³⁵ quien indica que identifico como factor de riesgo a cesárea a la desproporción céfalo pélvica (ORa, 166.39; IC95%: 60.25 – 459.53; p <0.001)

La desproporción céfalo pélvica es indicación frecuente de cesárea, de tal forma que un bebé pequeño puede, durante el trabajo de parto, salvar la desproporción relativa, a menos que la deformidad pélvica sea extrema. Por otro lado, la pelvis aparentemente normal puede resultar pequeña para un bebé macrosómico o con la cabeza deflexionada³¹.

La preclampsia-eclampsia es también en nuestro estudio un determinante para la incidencia de cesáreas (OR= 2,5; p=0,00). Dato que se asemeja con el estudio de Chavea Z,³⁵ quien refiere que el 7,6% de las cesáreas indicadas por el medico se debió a pre eclampsia severa.

Ante la presencia de enfermedades asociadas durante la gestación por lo general el médico elige la vía del parto de acuerdo a la complicación obstétrica. En algunos casos, como el herpes genital reciente o activo, el SIDA, diabetes mellitus complicada, cardiopatía severa, cuadro de lupus eritematoso sistémico activo, madre con sensibilización Rh, entre otras, la intervención es mandatoria. De allí que la presencia de patologías maternas asociadas al embarazo son determinantes para que según indicación médica puedan estos terminar en cesáreas. De los resultados encontrados en nuestro estudio se advierte que es un factor materno determinante para cesárea (OR=2,5; p=0,007)

Dentro de los factores fetales determinantes para la incidencia de cesáreas en nuestro estudio sobresalen la presentación podálica (OR=2,1; p=0,006); macrosomia fetal (OR=2,2; p=0,000); y el sufrimiento fetal agudo (OR=2,1; p=0,006). Al respecto Chávez Z.³⁵ encontró que el sufrimiento fetal agudo (14.0%), la estrechez pélvica materna (12.3%), la ruptura prematura de membranas prolongada (10.5%), la incompatibilidad feto pélvica (9.8%), la pre - eclampsia severa (7.6%), la presentación fetal pélvica (7.0%); así como el control pre natal inadecuado, influyeron en la determinación del médico para la operación cesárea.

El diagnóstico de sufrimiento fetal agudo es indicación para terminar la gestación en forma inmediata, lo que supone un parto por cesárea en los

casos en que no hay condiciones para parto vaginal, no se ha completado la dilatación o se espera un expulsivo prolongado³¹.

Los casos con feto en situación transversa en el parto o con presentación de cara mentoposterior o de frente son indicaciones de cesárea. La presentación podálica es indicación de cesárea en el parto pretérmino, principalmente si se estima un peso fetal muy bajo, por la fragilidad fetal y por el riesgo de atrapamiento de la cabeza en un cuello insuficientemente dilatado, también en los casos de presentación podálica incompleta, por el riesgo de prolapso de cordón³¹.

En base a ello el profesional médico debe tener presente que, a pesar de su alta frecuencia en su práctica, la cesárea no es un procedimiento inocuo, por lo que su indicación debe ser adecuada ya que podría causar complicaciones tanto para la madre como para el recién nacido.

CONCLUSIONES

El estudio ha llegado a las siguientes conclusiones:

- La edad promedio de las gestantes fue 26 años para los casos y 25 años para los controles, con predominio del nivel secundario en ambos grupos. Según paridad, las multíparas sobresalen.
- Según factores maternos los casos el 24,3% ha tenido desproporción céfalo pélvica. El 14,3% presentó preclamsia y el 64,3% presentó patologías asociadas.
- Según factores fetales en relación a los casos el 12,9% tuvo presentación podálica el 17,1% macrosomia feta y el 12,9% sufrimiento fetal.
- Para los factores útero placentarios el 1.4% presentó placenta previa
- Los factores maternos que determinan la incidencia a cesárea son desproporción céfalo pélvica [OR=2,3; p=0,000]; pre eclampsia [OR=2,1; p=0,000]; patologías asociadas [OR=2,5; P=0,007].
- Para los factores fetales que determinan la incidencia a cesárea sobresale presentación podálica [OR=2,1; p=0,006]; Macrosomía fetal [OR=2,3; p=0,000] y sufrimiento fetal [OR=2,1; p=0,006].
- Para los factores útero placentario sobresale la placenta previa pero no es significativo [OR=2,0]

RECOMENDACIONES

- Los gineco obstetras deberán consignar en las Historias Clínicas las causas que le conllevan a indicar la intervención quirúrgica.
- Elaborar guías clínicas en las que se establezca la justificación o motivos para la realización de cesáreas en la institución a fin de disminuir el número de cesáreas innecesarias.
- Sensibilizar a las gestantes brindándoles conocimiento del riesgo y consecuencias ante un parto por cesárea.
- Los establecimientos periféricos deben de realizar seguimiento y CPN adecuado para que deriven con anticipación a las gestantes que presenten alguna complicación obstétrica con el objetivo de evitar eventuales emergencias.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Álvarez B. Demasiadas Cesáreas un mejor uso de instrumentos de ayuda intraparto y la mayor formación de los ginecólogos evitaría el exceso de cesáreas que se practican en la actualidad. 2006; [Internet] [citado: marzo, 29, 2015]. Disponible en: URL: http://www.consumer.es/web/es/salud/atencion_sanitaria/2006/11/07/157033.php
2. Orozco L, Pinilla E, Vargas C, Buitrago D, Domínguez D. Peñaranda L. et al. Factores asociados con el diagnóstico de enfermedad deterioro parietal en madres hasta los 24 años de edad, durante el primer año de crianza. Rev. Colombia Medica [Seriada en Línea] 2007; 38(4) Supl 2:7 9-88. [citado: marzo 29, 2015]: Disponible en: URL: <Http://colombiamedica.univalle.edu.co/...3/cesarea.html>
3. Departamento de Epidemiología del Hospital “San José” del Callao. Registro N 139 – 2012 – GRS – UEPISA - HSJ
4. Hirsch L. Cesáreas. [Internet]. [citado 06 de mayo 2014. Disponible en: http://kidshealth.org/parent/en_espanol/embarazo/c_sections_esp.html#.
5. INEI. Encuesta Demográfica y de Salud familiar: ENDES continúa 2010. Lima: INEI; Mayo 2011. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática, lima; 2011.
6. Sardiñas R. La operación cesárea y la obstetricia de hoy. Ginecol Obstet Mex. 2010 junio; 73(2): p. 155-159.
7. MacDonal P. Operación cesárea e Histerectomía periparto.. 22nd ed. Williams editor. Mexico: Mac Graw-Hill; 2011.
8. LaRepublica.com. En 10% se incrementaron los casos de cesáreas en los últimos 6 años. [Online]; 2015 (citado el 10 de febrero del 2015). Disponible en: <http://www.larepublica.pe/12-05-2014/en-10-se-incrementaron-los-casos-de-cesareas-en-los-ultimos-6-anos>.
9. ASIS. Análisis de Situación de Salud Hospital Tingo María. Tingo María: Hospital de Tingo María, Huánuco; 2014. Report No.: 4.
10. WHO. La salud de los jóvenes: Un desafío para la sociedad. Informe de un grupo de estudio de la OMS sobre la salud de los jóvenes y la “Salud para todos en el año 2000”. 2000..
11. Pacheco Romero J. Ginecología, Obstetricia y Reproducción. 2nd ed. Lima, Peru. : REP SAC.; 2008.

12. Schwarcz RFR. Obstetricia. Sexta Edición. 6th ed. Buenos aires: El Ateneo.; 2007.
13. MacDorman M. "Infant and Neonatal Mortality for Primary Cesarean and Vaginal Births to Women with No Indicated Risk". 2009..
14. Arrieta A. ¿Quiénes ganan y quiénes pierden con los partos por cesárea? Incentivos médicos y derechos reproductivos. Economía y Sociedad. 2009 diciembre; 66(2).
15. Aller J, Pages G. Obstetricia moderna. 3rd ed. México: Editorial McGraw; 2000.
16. Uzcátegui O, Cabrera C. Aspectos bioéticos de la cesárea y consentimiento informado. Rev Obstet Ginecol Venez. 2010 marzo; 70(1).
17. Librero J, Peiró S. Porcentaje de cesáreas en mujeres de bajo riesgo: un indicador útil para comparar hospitales que atienden partos con riesgos diferentes. Rev. Esp. Salud Pública. 2014 mayo; 88(3).
18. Sancha MDIC, Onica L. Sobrepeso y obesidad pregestacional como factor de riesgo de cesárea y complicaciones perinatales. Rev chil obstet ginecol. 2009; 74(4).
19. Griselda A. Incidencia e indicaciones de cesáreas en servicio de tocoginecología del hospital "Dr. José r. Vidal" de la ciudad de Corrientes, Argentina. Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina. 2011 junio; 22(12).
20. Camacho C, Brañez C. Cesáreas iterativas - experiencia en el hospital materno infantil German Urquidi de Cochabamba 2006 – 2007 – 2008. Gaceta Médica Boliviana. 2010 enero; 33(2).
21. Santivañez A, Valencia L. Cesáreas en siete hospitales públicos de lima: análisis de tendencia en el periodo 2001-2008. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2010 julio; 27(1).
22. Durand P, Lucía M, Pasco. "Frecuencia de Cesáreas en el Hospital Ernesto Germán Guzmán Gonzales, Nivel II-1 de Oxapampa – Pasco año 2014", en la tesis para optar el título de especialista en la UDH.
23. Maylle B, Ana, Huánuco (2016). Incidencia de Cesáreas en el Hospital Base II de la Red Asistencial de Huánuco, durante el período 2010 a 2014. [tesis para optar el título de segunda especialidad en Obstetricia] Universidad de Huánuco
24. Puri G, Jaime. Casuística de complicaciones que terminaron en Cesárea. Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano

25. Urquizo O. Estado actual de la cesárea. Gac Méd Caracas. 2008 enero; 116(4)
26. Cunningham GF. Williams Obstetricia. 21st ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2008.
27. Dunn L. Cesárea y otras operaciones obstétricas. En: Tratado de Ginecología y Obstetricia de Danforth. 6th ed. Danforth: Interamericana; 2008.
28. FICO. Procedimientos en Obstetricia y Ginecología. Publicaciones del Instituto Nacional de Perinatología. 2010.
29. Thubisi M. Vaginal delivery after previous cesarean section: is X-ray pelvimetry necessary?. Br. J. Obstet. Gynecol. 2009; 22(4).
30. Rosen MDJaWC. Vaginal birth after cesarean: a meta-analysis of morbidity and mortality. Obstet. Gynecol. 2008; 77(23).
31. Gálvez L. Tasa de incidencia de cesárea en el hospital San José del Callao. [Internet] 2014, Lima [Citado: Abril 2019]. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3512>
32. Lindo, Misael *et al*. Parto vaginal en cesáreada anterior: experiencia de cuatro años en un Hospital de la Seguridad Social. Perú, Lima. 2000 -2004. Revista peruana de Ginecología y Obstetricia. 2004; 50:217-222.
33. Monterrosa A, Arias M. Partos Vaginales y Cesáreas En Adolescentes: Comportamiento entre 1993 y 2005 hospital de maternidad "Rafael calvo", Cartagena (Colombia) Revista colombiana de obstetricia y ginecología.
34. Rossi A, D'Addario V. Maternal morbidity following a trial of labor after cesarean section vs elective repeat cesarean delivery: a systematic review with metaanalysis. Am J Obstet Gynecol 2008;199(3):224-231
36. Chávez R. Análisis estadístico de los factores de riesgo que influyen en el médico para la operación por cesárea a pacientes atendidas en el Instituto Especializado Materno Perinatal – 2002. [Tesis para optar el grado de Licenciado en Administración en Establecimientos en Salud] Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2005.

ANEXOS

ANEXO N° 01:

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL TINGO MARIA

I. DATOS GENERALES

1. Edad:

2. Estado civil:

Soltera ()

Casada ()

Conviviente ()

3. Nivel de instrucción:

Ningún nivel ()

Primaria ()

Secundaria ()

Superior ()

4. Procedencia:

Urbano ()

Rural ()

5. Paridad:

Primigesta ()

Multigesta ()

Gran multigesta ()

6. Controles prenatales:

Adecuado ()

Inadecuado ()

II. FACTORES MATERNOS:

7. Cesárea anteriores:

Si () No ()

8. Embarazo gemelar.

Si () No ()

9. desproporción céfalo pélvica:

Si () No ()

10. Pre eclampsia – eclampsia

Si () No ()

11. patología asociada:

Si () No ()

III. FACTORES FETALES:

12. Situación transversa:

Si () No ()

13. Presentación podálica:

Si () No ()

14. Macrostomia fetal:

Si () No ()

15. Sufrimiento fetal agudo

Si () No ()

IV. FACTORES UTERO PLACENTARIO:

16. Placenta previa:

Si () No ()

17. DPP:

Si () No ()

ANEXO N° 02:
Matriz de consistencia

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología
<p><u>Problema general:</u> ¿Cuáles son los factores que determinan la incidencia de cesáreas en el Hospital Tingo María - Huánuco, en el periodo enero – diciembre, 2014?</p> <p><u>Problemas específicos:</u> ¿Cuáles son los factores maternos de riesgo que determinan la ocurrencia del parto por cesáreas en el Hospital Tingo María?</p> <p>¿Cuáles son los factores fetales de riesgo que determinan la ocurrencia del parto por cesáreas en el Hospital Tingo María?</p> <p>¿Cuáles son los factores uterinos placentarios de riesgo que determinan la ocurrencia del parto por cesáreas en el Hospital Tingo María?</p>	<p><u>Objetivo general:</u> Identificar los factores que determinan la incidencia de cesáreas en el Hospital Tingo María - Huánuco, en el periodo enero - diciembre del 2014.</p> <p><u>Objetivos específicos:</u> Identificar los factores maternos de riesgo que determinan la ocurrencia del parto por cesáreas en el Hospital Tingo María</p> <p>Identificar los factores fetales de riesgo que determinan la ocurrencia del parto por cesáreas en el Hospital Tingo María.</p> <p>Identificar los factores uterinos placentarios de riesgo que determinan la ocurrencia del parto por cesáreas en el Hospital Tingo María</p>	<p><u>Hipótesis general:</u> H_a: Los factores maternos, fetales y uterinos placentarios determinan la incidencia de cesárea en el Hospital Tingo María. H₀: Los factores maternos, fetales y uterinos placentarios no determinan la incidencia de cesárea en el Hospital Tingo María</p>	<p>Edad</p> <p>Estado civil</p> <p>Nivel educativo</p> <p>Procedencia</p> <p>Paridad</p> <p>N° CPN</p> <p>Factores maternos</p> <p>Factores fetales</p> <p>Factores útero placentarios</p>	<p><u>Tipo de Investigación:</u> Observacional, retrospectivo, transversal, Enfoque cuantitativo, nivel relacional caso control</p> <p><u>Diseño de investigación:</u> Observacional tipo caso control</p> <p><u>Población y muestra:</u> 35 casos (parto por cesárea) y 35 controles (parto eutócico)</p> <p><u>Técnicas e instrumentos de recolección de datos:</u> Análisis documental; ficha de recolección de datos</p> <p><u>Análisis de datos</u> Estadística descriptiva mediante frecuencias y porcentajes. Estadística inferencial: Chi Cuadrado y OR</p>